

## ONCO-MPR (session AFSOS-ANOCEF-SOFMER)

### *Oncology and PRM (AFSOS-ANOCEF-SOFMER session)*

#### Communications orales

##### Version française

CO40-001-f

#### Référentiel neuro-oncologie : tumeurs cérébrales

P. Calmels

Service de MPR, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne cedex 2, France

Adresse e-mail : [paul.calmels@chu-st-etienne.fr](mailto:paul.calmels@chu-st-etienne.fr)



**Introduction.**— Ce document s'inscrit dans une démarche de construction de référentiels de pratique initiée par l'AFSOS, en partenariat avec la Sofmer pour le champ de la rééducation-réadaptation. Il vise à améliorer les pratiques des soins de support en cancérologie, et s'adresse à tous les professionnels.

**Objectifs.**— Améliorer la prise en charge rééducative et de réadaptation dans le cadre des tumeurs cérébrales, avec un outil d'aide à la décision et à l'organisation partagée entre professionnels, pour une meilleure connaissance des besoins des patients et des moyens et modalités à mettre en place en rééducation, dans le cadre d'un parcours de soins.

**Méthodologie.**— Le document est constitué :

- d'une première partie sur l'identification des tumeurs cérébrales et leur pronostic ;

- d'une deuxième partie, dans laquelle sont traités avec en référence conceptuelle la CIF (déficiences-capacités fonctionnelles-participation), les procédures et des moyens à mettre en œuvre pour la prise en charge rééducative.

**Résultats.**— Sont pris en compte la rééducation des déficiences et de leurs conséquences fonctionnelles dans le cadre des troubles cognitifs, des troubles du langage et de communication, des troubles de la déglutition et des troubles moteurs. Sont proposés aux cancérologues selon les déficiences des orientations avec identification pour bilan, connaissance des modalités d'exécution, connaissance des acteurs de la rééducation, connaissance des conditions de prise en charge et présentations d'aides ou d'outils pour faciliter la relation cancérologue-rééducateurs.

**Discussion.**— Ce référentiel est un élément de formation pour les équipes de neuro-oncologie, de soins de support et de rééducation ; c'est un document commun et partagé, qui doit permettre de faciliter le dialogue entre ces spécialités et ces professionnels pour améliorer le parcours du patient et sa qualité de vie par une meilleure offre de prise en charge rééducative plus coordonnée.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.636>

CO40-002-f

#### Besoins de rééducation en onco-cancérologie – collaboration à multiples facettes

L. Taillandier

Service neurologie, CHU de Nancy, hôpital central, 29, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 54000 Nancy, France

Adresse e-mail : [inconnu@chu-nancy.fr](mailto:inconnu@chu-nancy.fr)



La neuro-oncologie recouvre la prise en charge diagnostique et thérapeutique des tumeurs primitives et secondaires du système nerveux et de ses enveloppes, celle des complications neurologiques non métastatiques des malades atteints de cancer ainsi que le suivi des pathologies neuro-oncogénétiques. Ces entités, particulièrement hétérogènes, vont s'interfacer, à des degrés variables, avec les acteurs de la rééducation qu'elle soit physique, langagière ou cognitive.

La majorité des tumeurs primitives sont des glioblastomes (grade OMS IV). D'indiscutables progrès thérapeutiques ont été accomplis ces dernières années. Le traitement repose sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie notamment par temozolomide. Les thérapies ciblées, principalement focalisées pour l'instant sur l'angiogenèse, viennent de s'ajouter à l'arsenal habituel. Malheureusement, dans la majorité des cas, le pronostic vital sera trop rapidement mis en jeu et la prise en charge de médecine physique et rééducation (MPR), absolument essentielle, visera à permettre aux patients de conserver une autonomie (complète ou partielle) le plus longtemps possible, au domicile et d'obtenir, malgré les nombreux déficits, un confort au moins relatif.

Les gliomes anaplasiques (grade OMS III) représente une entité hétérogène en cours de démantèlement sur le plan clinique, radiologique, morphologique et moléculaire. L'évolution peut se faire sur quelques mois (transformation rapide en un phénotype de glioblastome) ou sur 15 ans et plus (évolution pouvant ressembler à celle d'un gliome diffus de bas grade). La prise en charge rééducative devra être discutée au cas par cas entre les équipes neurologiques/oncologiques et celles de rééducation.

Les gliomes diffus de bas grade (grade OMS II) touchent essentiellement les sujets jeunes (autour de la quarantaine). Les plus importants progrès des dernières années ont concerné la chirurgie. La lenteur évolutive de cette entité lésionnelle permet une plasticité cérébrale beaucoup plus importante que celle constatée dans d'autres pathologies (et notamment dans les maladies vasculaires). Cette dernière ouvre la porte à la chirurgie fonctionnelle en condition le plus souvent éveillée. Dans les équipes spécialisées, la morbidité opératoire (hors aggravation attendue et transitoire constatée dans les semaines suivant le geste) est de moins de 5 % (voire de moins de 1 %). La chimiothérapie (le plus souvent orale et ambulatoire) est proposée soit dans le cas de lésion jugée inopérable soit après une intervention au moment où la réévaluation lésionnelle est jugée significative si tant est qu'une réintervention ne puisse être envisagée. Le moment de la radiothérapie est discuté. Sa potentielle neurotoxicité et le fait que son impact soit identique quel que soit le moment de sa réalisation fait que, dans une majorité d'équipes, son indication est différée. Une rééducation, le plus souvent intensive, est indiquée dans les suites de la chirurgie de manière à encadrer et optimiser la récupération. Le but est clairement de permettre aux patients de mener, à termes, une vie socio-professionnelle normale. C'est aussi pour cette entité lésionnelle qu'une étude randomisée (chose rare dans le domaine) a montré l'intérêt d'une rééducation cognitive. Il n'est pas impossible que, dans un avenir proche, la rééducation puisse être initiée dans la période préopératoire avec l'arrière pensée d'éventuellement amplifier les mécanismes de plasticité et ainsi favoriser un geste opératoire dont la qualité est directement liée à la survie.

Les autres tumeurs primitives, hors méningiomes, sont rares. Les pronostics apparaissent très hétérogènes selon les entités et dans chaque cadre nosologique (astrocytomes pilocytiques, lymphomes, médulloblastomes, tumeurs germi-

nales, tumeurs des gaines nerveuses. . .). Si une rééducation doit être envisagée, ses modalités devront être définies, au cas par cas, par l'ensemble des acteurs impliqués.

Les métastases cérébrales et méningées prennent une place de plus en plus importante dans le quotidien neuro-oncologique. Elles concernent un quart à un tiers des patients suivis pour un cancer. Même si l'évènement métastatique névralgique demeure péjoratif, les thérapies spécifiques se développent : optimisation de la chirurgie, développement de la radiothérapie en conditions stéréotaxiques, nouvelles chimiothérapie ou thérapies ciblées et permettent à un peu plus de 10 % de la population concernée d'obtenir de longues survies. Là encore, les spécificités éventuelles de la rééducation devront être proposées à l'échelon individuel et donc interdisciplinairement discutées.

Enfin, les interfaces neuro-oncologie/MPR concernent également la prise en charge des complications neurologiques des traitements oncologiques, complications tant périphériques (polyneuropathies toxiques. . .) que centrales (complications immunologiques ou liées à la radiothérapie. . .) ou celle des maladies neuro-oncogénétiques avec leurs particularités (scoliose, pathologies vasculaires cérébrales, gliomes, déficits cognitifs des neurofibromatoses, conséquences oculaires ou névralgiques des hémangioblastomes de la maladie de Von Hippel Lindau. . .) toutes spécifiques. Les stratégies transdisciplinaires seront, là encore, essentielles.

En conclusion, les interfaces entre les maladies neuro-oncologiques et les spécialités autour de la MPR sont nombreuses. À ce jour, seule une minorité de patients peut bénéficier d'une prise en charge spécialisée parfaitement adaptée. Le manque de structures et de personnel pourrait, au moins partiellement, être pallié par un renforcement du dialogue entre les spécialistes et le développement de travaux communs notamment dans le cadre de collaborations comme celles mises en œuvre entre la SOFMER, l'AFSOS et l'ANOCEF (via son groupe « soins de support, qualité de vie et cognition »). Nous en faisons clairement une priorité.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.637>

CO40-003-f

### Drainage manuel versus Lymphassist® à 40 mmHg : étude pléthysmographique comparative sur des lymphœdèmes du membre supérieur

T. Deltombe<sup>a,\*</sup>, S. Theys<sup>a</sup>, M.E. Aguilar Ferrandiz<sup>b</sup>, A. Genette<sup>c</sup>

<sup>a</sup> CHU, Mont Godinne, avenue G. Thérassé, 5530 Yvoir, Belgique

<sup>b</sup> Faculté Sc Motr, université Jaén Andalucia, Belgique

<sup>c</sup> HE Louvain-en-Hainaut, Belgique

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [thierry.deltombe@uclouvain.be](mailto:thierry.deltombe@uclouvain.be)

**Mots clés :** Drainage manuel ; Lymphœdème ; Membre supérieur ; Pléthysmographie ; Pressothérapie intermittente

**Introduction.** Face au drainage manuel (DM), la pressothérapie pneumatique est parfois présentée comme moins performante. Ceci est une des conséquences majeures de l'utilisation de pompes ou de programmes inadaptés aux lymphœdèmes irréversibles spontanément. Leur traitement de fond nécessite un abord rétrograde débutant au sommet de l'œdème.

**Objectif.** Comparer la réponse à un DM et à un drainage pneumatique rétrograde (DPR).

**Patients et méthodes.** Actuellement, l'échantillon regroupe neuf femmes (71 ans) présentant un ancien (14 ans) et persistant lymphœdème du membre supérieur. Le choix du DPR s'est porté sur le Lymphassist® ; un programme de l'Hydroven12® (Flowtron™, Angleterre). Il consiste en un type de fragmentation pneumatique dont l'algorithme a été largement copié pour réaliser le DM. Le choix de la valeur de pression du Lymphassist® est réduit à 30 ou 40 mm Hg. La pression de 40 mmHg a été retenue pour la présente étude. L'onde se déplace sans gradient de pression. Chaque séance dure 16 min et est suivie d'un temps de repos de 15 min. L'ordre d'exécution est tiré au sort. La réduction relative de l'œdème a été objectivée par pléthysmographie à jauge de mercure (JSIO, SU4) en plaçant une jauge à 20 cm au-dessus du coude, là où le passage a été le plus fréquent.

**Résultats.** Le DM produit une progressive diminution de l'œdème. Elle atteint 19,2 mL/100 mloed au bout des 16 min de massage. Après le même laps de temps, le DPR n'a toujours pas produit d'effet (0 mL/100 mloed).

**Discussion.** Le DM a assuré une décongestion sans surprise et comparable à nos études antérieures. Par contraste, le Lymphassist® a montré une complète inefficacité du moins dans la phase de traitement de fond d'un ancien lymphœdème persistant du membre supérieur.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.638>

CO40-004-f

### Statut algofonctionnel chez les femmes belges après traitement pour néoplasie mammaire

M. Foidart-Dessalle<sup>\*</sup>, A. Michalek, J. Bourse, M. Demonceau, E. Duvivier, J.L. Croisier, J.M. Crielaard, P. Coucke, O. Bruyere, D. Maquet

Université de Liège, CHU de Liège, B35, avenue de l'Hôpital 13, 4000 Liège, Belgique

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [M.Foidart@ulg.ac.be](mailto:M.Foidart@ulg.ac.be)

**Mots clés :** Statut ICF (Classification Internationale du Handicap fonctionnel et de la Santé) ; Cancer du sein ; Réadaptation

**Objectif.** Objectiver l'état algofonctionnel selon la classification ICF chez les patientes traitées pour cancer du sein après radiothérapie.

**Patients et méthodes.** Des patientes traitées par radiothérapie après cancer du sein sont suivies pendant un an. Le statut fonctionnel est évalué avant la radiothérapie (T0), à la fin de celle-ci (T1), après trois mois (T3), six mois (T4) et 12 mois (T6). La structure et la fonction du corps sont évaluées par :

- un test du seuil douloureux ;
- la mesure isocinétique du moment maximal des fléchisseurs et extenseurs du genou ;
- la puissance maximale et le rythme cardiaque sur bicyclette ergométrique ;
- des questionnaires (échelle HAD d'anxiété et dépression, échelle Tampa pour la kinésiophobie).

L'activité et la participation sont évaluées par trois échelles fonctionnelles de l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC QLQ-C30) [2] : état physique, statut émotionnel, statut cognitif, relations sociales, capacité d'assumer son rôle et sa fonction. La proportion de patientes qui ont repris le travail est aussi évaluée.

**Résultats.** Dix-huit patientes ont subi toutes les évaluations pendant un an. Après la fin du suivi longitudinal, les patientes présentent une performance musculaire réduite ainsi qu'une faible endurance sur bicyclette ergométrique. Leur seuil de tolérance à la douleur apparaît aussi réduit des deux côtés pour la partie supérieure du corps. Aucune dépression significative n'est relevée mais bien une fatigue importante et de la kinésiophobie. Les relations sociales et la capacité à assumer leurs rôles et fonctions s'améliorent graduellement en un an. Cependant, 25 % des patientes n'ont pas repris le travail.

**Conclusion.** Après un an, les patientes traitées pour cancer du sein présentent des altérations de la fonction corporelle et des activités. Elles ont besoin d'un programme de réadaptation et d'aménagements de travail dans la vie quotidienne. Ces conclusions sont confirmées par d'autres auteurs [1,3].

**Références**

- [1] Chalasani P, et al. *Am J Med* 2010;123:489–95.
- [2] Fayers PM, et al. *EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*, 3rd ed., 2001.
- [3] Stout NL, et al. *Cancer* 2012;15:2191–200.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.639>

CO40-005-f

### Intérêt d'une consultation multidisciplinaire MPR en neuro-oncologie

E. Bayen<sup>a,\*</sup>, G. Wintrebert<sup>b</sup>, C. Liefroy<sup>c</sup>, L. Velasco<sup>d</sup>, F. Laigle-Donadey<sup>e</sup>, P. Pradat-Diehl<sup>f</sup>, J.-Y. Delattre<sup>e</sup>, E<sup>g</sup>

<sup>a</sup> Service de MPR, GH Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'hôpital, 75013 Paris, France

<sup>b</sup> SAMSAH Le pont de Flandre de l'ARIMC IdF, France

<sup>c</sup> Ergothérapeute, cabinet libéral, France

<sup>d</sup> Paramédical coordinateur, France

<sup>e</sup> Service de neuro-oncologie, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>f</sup> Service de MPR, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, France